

Name of Journal: *World Journal of Clinical Oncology*

Manuscript NO: 30880

Manuscript Type: Original Article

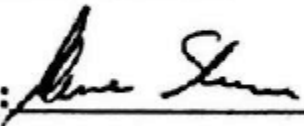
*Retrospective Cohort Study*

Factors influencing response to ingenol mebutate therapy for actinic keratosis of face and scalp

Nevena Skroza, Ilaria Proietti, Nicoletta Bernardini, Veronica Balduzzi, Alessandra Mambrin, Anna Marchesiello, Ersilia Tolino, Sara Zuber, Giuseppe La Torre, Concetta Potenza

**Informed consent statement:** All study participants, or their legal guardian, provided informed written consent prior to study enrollment.

**Name:** Nevena Skroza

**Signature:**  **Date:** 31/5/17

“Sapienza” Università degli Studi di Roma  
I Facoltà di Farmacia e Medicina  
Polo Pontino  
UOC di Dermatologia “Daniele Innocenzi”  
*Direttore: Concetta Potenza*

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO**

**STUDIO CLINICO :** *Fattori che influenzano la risposta alla terapia con Ingenolo Mebutato 150 µg/gr delle cheratosi attiniche di volto e cuoio capelluto.*

**FARMACO:** *INGENOLO MEBUTATO 150 µg/gr*

Io sottoscritto ( nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DICHIARO DI :**

aver ricevuto informazioni chiare ed esaurienti :

- sulle **caratteristiche**
- sulle **alternative terapeutiche**
- sui **potenziali benefici**
- sugli **eventuali rischi e complicanze**

del **TRATTAMENTO** sopra specificato .

**DICHIARO INOLTRE DI:**

- aver letto e compreso il foglio informativo che mi è stato consegnato con sufficiente anticipo e che conferma quanto mi è stato verbalmente detto ;
- aver avuto l’opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti ;
- essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il **Trattamento proposto** e sulla qualità della mia vita in

caso di rifiuto ;

- aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- essere consapevole che la decisione di accettare il **Trattamento proposto** è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento ;
- essere stato/a informato/a che tutti i miei dati personali e di salute saranno trattati ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, come successivamente integrato e modificato;
- che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni dovrò rivolgermi a:

dr. \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ Ospedale di \_\_\_\_\_,  
Tel. \_\_\_\_\_.

**Pertanto  
ACCONSENTO  
NON ACCONSENTO**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**NOME E COGNOME DEL Paziente**

**FIRMA DEL Paziente**

**NOME E COGNOME DEL MEDICO FIRMA DEL MEDICO** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

"Sapienza" Università degli Studi di Roma  
I Facoltà di Farmacia e Medicina  
Polo Pontino  
UOC di Dermatologia "Daniele Innocenzi"  
Direttore: Concetta Potenza

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

STUDIO CLINICO : Fattori che influenzano la risposta alla terapia con Ingenolo Mebutato 150 µg/gr delle cheratosi attiniche di volto e cuoio capelluto.

FARMACO: INGENOLO MEBUTATO 150 µg/gr

Io sottoscritto ( nome e cognome) ALFONSO LANDE

Nato a LATINA il 12/11/1947

DICHIARO DI :

aver ricevuto informazioni chiare ed esaurienti :

- sulle caratteristiche
- sulle alternative terapeutiche
- sui potenziali benefici
- sugli eventuali rischi e complicanze

del TRATTAMENTO sopra specificato .

DICHIARO INOLTRE DI:

- aver letto e compreso il foglio informativo che mi è stato consegnato con sufficiente anticipo e che conferma quanto mi è stato verbalmente detto ;
- aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti ;
- essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il Trattamento proposto e sulla qualità della mia vita in

caso di rifiuto ;

- aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- essere consapevole che la decisione di accettare il Trattamento proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento ;
- essere stato/a informato/a che tutti i miei dati personali e di salute saranno trattati ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", come successivamente integrato e modificato;
- che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni dovrò rivolgermi a:

dr. CONCETTA POTENZA U.O.C. DERMATOLOGIA Ospedale di TERRACINA  
Tel. 0773708811

Pertanto  
ACCONSENTO ☒  
NON ACCONSENTO

Data 18/04/2014  
NOME E COGNOME DEL Paziente

FIRMA DEL Paziente

NOME E COGNOME DEL MEDICO FIRMA DEL MEDICO CONCETTA POTENZA

Data 18/04/2014

"Sapienza" Università degli Studi di Roma  
I Facoltà di Farmacia e Medicina  
Polo Pontino  
UOC di Dermatologia "Daniele Innocenzi"  
Direttore: Concetta Potenza

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

STUDIO CLINICO : Fattori che influenzano la risposta alla terapia con Ingenolo Mebutato 150 µg/gr delle cheratosi attiniche di volto e cuoio capelluto.

FARMACO: INGENOLO MEBUTATO 150 µg/gr

Io sottoscritto ( nome e cognome) SILVIO CELANI

Nato a SONNINO il 04/08/1969

DICHIARO DI :

aver ricevuto informazioni chiare ed esaurienti :

- sulle caratteristiche
- sulle alternative terapeutiche
- sui potenziali benefici
- sugli eventuali rischi e complicanze

del TRATTAMENTO sopra specificato .

DICHIARO INOLTRE DI:

- aver letto e compreso il foglio informativo che mi è stato consegnato con sufficiente anticipo e che conferma quanto mi è stato verbalmente detto ;
- aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti ;
- essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il Trattamento proposto e sulla qualità della mia vita in

caso di rifiuto ;

- aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- essere consapevole che la decisione di accettare il Trattamento proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento ;
- essere stato/a informato/a che tutti i miei dati personali e di salute saranno trattati ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", come successivamente integrato e modificato;
- che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni dovrò rivolgermi a:

dr. CONCETTA POTENZA U.O.C. DERMATOLOGIA Ospedale di TERRACINA  
Tel. 0773708311

Pertanto  
ACCONSENTO ☒  
NON ACCONSENTO

Data 25/06/2014  
NOME E COGNOME DEL Paziente

FIRMA DEL Paziente SILVIO CELANI

NOME E COGNOME DEL MEDICO FIRMA DEL MEDICO CONCETTA POTENZA

Data 25/06/2014